

## Patientenüberweisung

### Patient

Name:

geboren am:

### Wir erbitten eine Beratung/Behandlung aufgrund von:

- Engständen/Platzmangel
- vertikalen/horizontalen Abweichungen (z.B. Kreuzbiss, Kl. II/III)
- Nichtanlage:  Verlagerung:
- Sonstige:
- OPG liegt vor (max. 6 Monate alt)

### Arzt

Name:

Ort/Datum

Stempel/Unterschrift

moderndentistry

Holbeinstrasse 30b, 04229 Leipzig



(03 41) 5 66 33 43 84



info@moderndentistry.de



www.moderndentistry.de